

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Mathieu Parreaux,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], plâtrier peintre, a déposé, le 13 mai 2013, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale et une arthrose du genou existant depuis octobre 2012.

Par rapport du 2 juillet 2013, la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a posé les diagnostics incapacitants de gonarthrose tri-compartmentaire droite en varus, de chondrocalcinose à prédominance droite et de protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche. Les diagnostics d'hypertension artérielle et de diabète de type 2 étaient sans effet sur la capacité de travail. La médecin a indiqué que son patient était dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité depuis le 25 mars 2013.

Dans un rapport du 14 novembre 2013, la Dre M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombo-radiculalgies gauches persistantes sur protrusion discale L4/L5 médio-latérale gauche et discopathies lombaires étagées, dysbalances musculaires et de gonarthrose bilatérale. La médecin a précisé qu'à la date de son rapport la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, son patient étant toujours limité à la marche, en station assise ou debout et n'arrivant pas à manipuler ou porter des charges.

Du 25 novembre au 13 décembre 2013, l'assuré a séjourné auprès du [...] en vue de procéder à sa rééducation dans le cadre de lombo-radiculalgies gauches chroniques. Par rapport du 31 décembre 2013, la Dre M._____ et le Dr V._____, chef de clinique adjoint du [...], ont posé le diagnostic de lombo-radiculalgie L5 gauche algo-déficitaire avec protrusion discale L4-L5 médio-latérale gauche, discopathies dégénératives lombaires étagées et déconditionnement physique global et

focal avec dysbalances musculaires. Les médecins retenaient à titre d'antécédents et comorbidités une haute tension artérielle, un diabète non insulino-requérant, une notion de réaction cutanée sous corticoïdes de type A, une gonarthrose tri-compartmentale bilatérale, à prédominance médiale et fémoro-patellaire et un déficit colchéo-vestibulaire droit avec symptomatologie vertigineuse chronique. Les spécialistes ont indiqué que la reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable et qu'une reconversion professionnelle serait probablement nécessaire. Dans un poste de travail respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail serait progressivement totale.

Par rapport du 28 janvier 2014, la Dre M. _____ a constaté une amélioration de la situation de l'assuré tant sur le plan subjectif qu'objectif. Elle a indiqué que la pathologie de l'intéressé lui paraissait incompatible avec le travail de maçon, tant du point de vue lombaire que de l'arthrose du genou, ainsi que de l'état vertigineux. La médecin a précisé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de maçon et totale dans une activité adaptée. Dans un courrier du 27 février 2014, la spécialiste a indiqué quelles étaient les limitations fonctionnelles résultant de la pathologie de l'assuré. Concernant les problèmes rachidiens : le port de poids à répétition se limitait à 10 kg, l'assuré pouvant occasionnellement soulever ou manipuler un poids jusqu'à 20 kg. Les mouvements répétitifs de torsion/rotation du tronc étaient contre-indiqués tout comme la position assise prolongée. La marche était également limitée en raison des lombosciatalgies et aussi en raison de la gonarthrose. La pathologie du genou (arthrose bilatérale tri-compartmentale) contraindiquait le travail en zone basse, sur les échafaudages et l'accroupissement à répétition. La pathologie cochléo-vestibulaire qui se manifestait par des vertiges, limitait le travail en zone haute ainsi que le travail sur des échafaudages.

Dans un rapport du 18 mars 2014, la Dre T. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose tricompartmentale bilatérale, de protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche et de déficit vestibulocochléaire. La capacité de travail dans

l'activité habituelle était de 0 % depuis le 25 mars 2013. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était à rediscuter en fonction de l'évolution.

Le 23 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'OAI pour la prise en charge d'un appareillage auditif, invoquant un déficit vestibulo-cochléaire droit existant depuis 2007.

Par courrier du 16 juin 2014, la Dre T. _____ a indiqué que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 0 % alors qu'elle s'élevait à 100 % depuis le 1^{er} juin 2014 dans une activité adaptée avec un port de poids limité à 10 kg maximum, évitement des mouvements répétitifs, de torsions et rotations du tronc, éviter la position debout ou assise prolongée, éviter la marche prolongée ou en terrain inégal, un travail sur échafaudages étant contre-indiqué, de même que l'accroupissement.

Dans un avis du 23 juillet 2014, la Dre P. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des lombo-radiculalgies gauches, déficitaires, en rémission, sur protrusion discale L4-L5 et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, un déconditionnement physique avec dysbalance musculaire. Une gonarthrose bilatérale, un diabète non insulino-requérant, une hypertension artérielle et un déficit cochléo-vestibulaire droit constituaient des facteurs et diagnostics associés non du ressort de l'assurance-invalidité. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 25 mars 2013, la capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2014. La médecin a repris les limitations fonctionnelles posées par les Dres M. _____ et T. _____.

Par communication du 18 novembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un forfait pour deux appareils acoustiques.

Dans un rapport du 20 avril 2015, la Dre T._____ a relevé que l'intéressé se plaignait toujours de lombosciatalgies gauches persistantes. Elle a, pour le surplus, confirmé ses précédents rapports.

Par courrier du 21 décembre 2015, la Dre T._____ a informé l'OAI du fait que la situation médicale de l'assuré s'était dégradée avec la mise en évidence d'une fibrillation auriculaire et d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Dans un projet du 4 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juin 2014 et le 31 août 2014 et de supprimer cette rente dès le 1^{er} septembre 2014. Il a considéré qu'après s'être trouvé, dès le 23 mars 2013, en incapacité de travail et de gain totale pour toute activité professionnelle, l'intéressé avait recouvré, dès le 1^{er} juin 2014, une capacité de travail de 100 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles savoir port de charges limité à 10 kg, éviter la position debout ou assise prolongée, les mouvements répétitif de torsion et de rotation du tronc, la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, le travail sur échafaudages, à genoux et/ou en position accroupie.

Le 25 janvier 2016, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Le 4 février 2016, représenté par Protekta Protection juridique, il a précisé sa contestation, indiquant qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail, ceci même dans une activité adaptée. Par courrier du 11 février 2016, il a produit un rapport du 5 février 2016 de la Dre T._____ dont le contenu est notamment le suivant :

« Sa capacité de travail est selon moi actuellement de 0%, quelle que soit l'activité envisagée.

Monsieur C._____ est effectivement connu pour une sévère gonarthrose bilatérale, une protrusion discale L4-L5 avec conflit L5 gauche, une hypertension artérielle, un diabète de type II, une fibrillation auriculaire, un syndrome d'apnée du sommeil, un état dépressif réactionnel, un déficit vestibulo-cochléaire.

Sur le plan orthopédique, les gonalgies s'exacerbent, à prédominance D, le patient décrit des lombalgies et des fessalgies D, une ankylose des deux chevilles.

Le bilan radiologique récemment pratiqué montre une aggravation de l'arthrose au niveau des genoux, motivant une prochaine consultation chez le Dr K._____, orthopédiste, afin d'envisager probablement une intervention chirurgicale.

Sur le plan lombaire, et malgré de nombreuses infiltrations, la situation est décevante, avec des lombosciatalgies persistantes bilatérales.

Le diabète est bien compensé.

De même, l'hypertension artérielle est sous contrôle.

En raison d'un syndrome d'apnée du sommeil, le patient sera appareillé.

Finalement, il poursuit son suivi cardiologique en raison de la découverte récente d'une fibrillation auriculaire actuellement réduite de façon médicamenteuse ».

Le 31 mars 2016, l'assuré a notamment produit :

- un rapport du 21 mars 2016 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevant les douleurs pluri-articulaires, principalement au niveau des genoux, plus marquées à droite qu'à gauche depuis environ trois ans associées également à des lombosciatalgies bilatérales dont se plaignait l'assuré ;
- un rapport du 15 février 2016 du Dr E._____, spécialiste en cardiologie, posant les diagnostics de fibrillation auriculaire persistante et asymptomatique découverte en 2015, cardioversée sous Amiodarone et de syndrome métabolique comprenant un diabète de type 2, une hypertension artérielle et une obésité ;
- un rapport du 10 décembre 2015 du Dr Q._____, spécialiste en pneumologie, rendant compte d'une polygraphie nocturne réalisée dans la nuit du 1^{er} au 2 décembre 2015 et constatant la présence d'une ronchopathie significative légère associée à une parasomnie respiratoire de type syndrome d'apnées obstructives du sommeil avec composante positionnelle stricte de degré moyen.

Le 17 mai 2016, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport du 28 avril 2016 du Dr J._____, spécialiste en radiologie, rendant compte d'une IRM lombaire et concluant que, par rapport à 2013, il constatait une herniation nouvelle avec un fragment en luxation épидurale caudale discrètement paramédiane gauche en L4-L5, à l'origine d'une empreinte sur le fourreau dural et potentiellement de conflits radiculaires irritatifs L5, plus du côté gauche, sans autres changements des discopathies notées en L1-L2, L2-L3 et L5-S1.

Par rapport du 20 juin 2016, la Dre T._____ a répondu à un questionnaire qui lui avait été adressé par l'OAI et indiqué, comme nouvelles atteintes incapacitantes : une gonarthrose bilatérale sévère avec gonalgie progressive et proposition de mise en place de prothèses des deux genoux par le Dr K._____, des lombosciatalgies bilatérales, actuellement à prédominance gauche, avec réalisation d'une IRM objectivant une nouvelle hernie avec fragment luxé à gauche en L4-L5, à l'origine d'une empreinte sur le fourreau dural et à l'origine de conflit radiculaire, un syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen, actuellement appareillé, un status après fibrillation auriculaire, réduit sous traitement, un déficit vestibulo-cochléaire, sans possibilité thérapeutique, ainsi qu'un état dépressif réactionnel à la situation médicale et aux problèmes asséurologiques et de trésorerie. Le médecin a relevé que l'intéressé se trouvait absolument dans l'incapacité d'effectuer une quelconque activité et qu'il ne s'agissait pas de limitations fonctionnelles mais d'une réelle incapacité de travail totale et probablement définitive. Les différentes et multiples pathologies rendaient toute activité, même sans effort, tout à fait inenvisageable, du moins en l'état actuel. Concernant la situation psychique de son patient, la Dre T._____ a précisé : « je ne parlerai pas d'une atteinte psychiatrique mais plutôt d'un état anxieux lié à une situation économique et physique relativement désastreuse ». Le médecin a joint à son envoi des rapports du 18 mai 2016 du Dr Q._____ et du 24 mai 2016 Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, relevant que l'assuré, connu pour des lombosciatalgies,

lui avait déjà été adressé en 2014 [recte : 2013], lors de son séjour auprès du [...].

Par rapport du 20 septembre 2016 à l'OAI, le Dr Q. _____ a indiqué qu'ensuite de la découverte d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré moyen, l'assuré avait été appareillé. L'adaptation au traitement était bonne, avec efficacité objective, utilisation régulière du traitement et bonne tolérance à celui-ci. Sur le plan symptomatique, concernant une personne qui n'avait que peu de symptômes initialement directement attribuables à la parasomnie sur le plan diurne ou nocturne, il n'y avait pas de changement majeur. Le spécialiste a précisé qu'il n'existait, sur le plan pneumologique, pas de limitations fonctionnelles.

Par rapport du 21 septembre 2016, le Dr E. _____ a posé le diagnostic incapacitant de fibrillation auriculaire persistante et récidivante, sans palpitations, probablement responsable d'une dyspnée lors de marche à la montée, existant depuis le courant de l'année 2015. Il a indiqué que les limitations fonctionnelles ne concernaient que les travaux de force mais pas les travaux de bureau ou nécessitant une faible utilisation de la force. La capacité de travail était totale du point de vue cardiologique.

Par rapport du 3 novembre 2016, le Dr L. _____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales avec HD L4-L5. Les limitations fonctionnelles étaient la limitation par la douleur. Le spécialiste a indiqué que l'activité habituelle ne lui paraissait pas faisable compte tenu des douleurs.

Par avis médical du 1^{er} décembre 2016, la Dre P. _____ a préconisé la mise en place d'une expertise.

Dans un rapport du 27 janvier 2017, le Dr E. _____ a indiqué que, le 31 décembre 2016, alors qu'il se trouvait à l'étranger, l'assuré avait présenté un infarctus myocardique traité sur place par angioplastie primaire et implantation d'un stent actif. L'évolution avait été bonne après

le traitement immédiat. A la date du rapport, il n'était pas encore possible de préciser la capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier. Le spécialiste a précisé qu'il était probable qu'il n'y ait pas de réduction significative de la capacité fonctionnelle.

Par rapport du 4 juillet 2017, la Dre T._____ a indiqué que plusieurs investigations étaient en cours concernant l'atteinte à la santé de l'assuré. Elle a confirmé que ce dernier se trouvait en incapacité de travail totale depuis avril 2013 et qu'à la date de son rapport aucune activité ne pouvait être envisagée. La Dre T._____ a confirmé cette appréciation dans un rapport du 26 octobre 2017.

Le 10 octobre 2017, le Dr E._____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle de plâtrier était nulle depuis le 31 décembre 2016 et de 50 % dans une activité de bureau depuis la même date. Les limitations fonctionnelles étaient les travaux de force avec les bras levés, la position debout prolongée et la position accroupie.

Dans un rapport du 12 octobre 2017, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, (F32.2) existant depuis deux ans minimum. La psychiatre a indiqué que, comme l'assuré présentait un état dépressif sévère, il ne pouvait pas exercer d'activité professionnelle. L'assuré était en effet très irritable, triste, présentait une anhédonie marquée, symptômes pouvant entraîner une mauvaise gestion du stress, des problèmes relationnels et une lenteur dans les tâches à accomplir. Elle a précisé que la capacité de travail lui semblait nulle, une activité adaptée pouvant être envisagée ultérieurement en vertu de l'évolution de l'état de santé de l'intéressé.

Par communication du 13 décembre 2017 faisant suite à une demande du 15 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un forfait pour un appareil acoustique binaural.

L'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du W._____. Dans ce cadre, les Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont chacun examiné l'assuré et rédigé un rapport médical le 31 juillet 2018. Ils ont également procédé à une évaluation consensuelle de l'assuré. A l'appui de leur analyse du cas, chacun des experts a procédé à l'anamnèse de l'assuré, a repris son histoire personnelle, a listé ses plaintes ainsi que les traitements pris, a décrit le déroulement d'une journée, a relevé ses constatations objectives, puis a procédé à une évaluation médicale de la situation. Plus particulièrement, concernant l'aspect psychiatrique, le Dr F._____ a remarqué que l'assuré ne présentait pas de symptômes de la lignée dépressive et qu'il ne constatait pas de symptomatologie dépressive intense qui empêcherait totalement de poursuivre les activités sociales, familiales, ménagères, seules les activités professionnelles étant interrompues. Il ne relevait pas non plus de symptômes de la lignée hypomaniaque et maniaque. Bien que l'expertisé se soit décrit comme anxieux (intensité moyenne) et nerveux en lien avec ses soucis de santé somatique, le psychiatre a constaté qu'il n'y avait pas de sémiologie de crise de panique, pas d'agoraphobie, pas de symptomatologie de phobie spécifique, pas de symptomatologie de phobie sociale, pas de symptômes de trouble obsessionnel, ni d'intolérance à l'incertitude. L'assuré ne se montrait pas non plus soucieux en lien avec des événements anodins et ne montrait pas de tendance au perfectionnisme. Il ne ressortait pas de notion de maltraitance ou de carence affective dans l'enfance, ni de notion de traumatisme grave ni de symptôme d'état de stress post-traumatique. Le Dr F._____ a relevé qu'il ne constatait pas de tendance à l'endormissement diurne ni de symptômes alimentaires ou de la lignée psychotique. Il a encore indiqué ne pas retenir d'organisation pathologique de la personnalité, l'expertisé ayant une bonne perception de soi et des autres. Le psychiatre a relevé que l'assuré présentait des ressources personnelles telles que des capacités relationnelles et de communication, il s'exprimait bien en français, était capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique et de

s'organiser. Il était en outre rationnel et autonome. Il a ainsi remarqué que le tableau clinique était compatible avec un diagnostic de troubles anxieux dépressifs mixtes (F41.2). L'évolution de la symptomatologie avait un caractère chronique trop long pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. Les symptomatologies anxieuse et dépressive étaient quant à elles insuffisantes pour retenir un diagnostic spécifique dans ces groupes de pathologies. Les conditions pour retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas réunies. L'expert a enfin relevé la grande divergence d'appréciation avec la psychiatre traitante et a précisé qu'au terme de son investigation, il ne pouvait adhérer à l'analyse opérée par la Dre H. _____ qui retenait un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis deux ans minimum. Le psychiatre a relevé que son diagnostic n'était pas incapacitant et n'impliquait aucune limitation fonctionnelle. Il a dès lors retenu que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail.

Le Dr X. _____ a pour sa part notamment relevé - sur le plan cardiovasculaire - que, depuis son infarctus du 31 décembre 2016, l'assuré présentait une dyspnée d'effort de stade 2 selon NHYA et que le dernier contrôle (IRM cardiaque) effectué en septembre 2017, montrait une fraction d'éjection à 32 %. Le spécialiste a considéré que la maladie coronarienne limitait les efforts et les déplacements importants mais n'avait pas de conséquence sur la capacité de travail.

Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les Drs X. _____, F. _____ et R. _____ ont retenu comme diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail une maladie coronarienne monotronculaire avec infarctus antéro-septal sur sub-occlusion de l'artère interventriculaire antérieure moyenne traitée par angioplastie et un stent actif en [...] le 31 décembre 2016, un diabète de type 2 existant depuis 2013, une fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée à deux reprises en 2015 par Amiodarone et par cardioversion électrique en octobre 2016, une lombalgie basse dans un contexte de lésions dégénératives L4-L5, L5-S1, une gonarthrose fémoro-tibiale médiale évoluée, fémoro-patellaire, ostéochochodromatose associée, un

syndrome d'apnées du sommeil modéré avec composante positionnelle appareillée depuis 2015, un déficit vestibulo-cochléaire connu depuis 2007, appareillé depuis 2014, une hypertension artérielle depuis de nombreuses années, une obésité et des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Les médecins ont considéré que la maladie coronarienne limitait les efforts et les déplacements importants. Le diabète contraindiquait la conduite professionnelle, les travaux en hauteur et l'utilisation de machines avec risques de blessures en raison des risques d'hypoglycémie. Au niveau de la médecine physique de réadaptation, il était retenu une contre-indication au port de charges supérieures à 5 kg, à la station debout prolongée, aux mouvements d'antéflexion du tronc, et aux déplacements sur terrain accidenté. Le diagnostic psychiatrique retenu n'était quant à lui pas incapacitant et n'impliquait pas de limitation fonctionnelle. Les experts ont retenu une incapacité totale et définitive à l'exercice de l'activité habituelle de plâtrier peintre mais une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par avis médical du 31 octobre 2018, la Dre P. _____ s'est ralliée à l'appréciation des experts X. _____, F. _____ et R. _____.

Dans un courrier du 9 novembre 2018 à l'assuré, l'OAI a indiqué qu'il ressortait de l'expertise et de l'ensemble des pièces au dossier que l'intéressé présentait, depuis le 1^{er} juin 2014, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors, le projet de décision du 4 janvier 2016 devait être confirmé.

Par décision du 22 février 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} mars au 31 août 2014. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré s'était considérablement restreinte dès le 25 mars 2013, début du délai d'attente d'une année. A l'issue de ce délai d'une année, l'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle et son degré d'invalidité s'élevait à 100 %. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite progressivement amélioré et ce dernier avait recouvré une capacité de

travail de 100 % adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} juin 2014. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : port de charges limité à 5 kg, éviter la position debout prolongée et les mouvements d'antéflexion du tronc ainsi que la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de travail sur échafaudages ni d'utilisation de machines à risque, pas de conduite professionnelle, favoriser un travail avec horaires fixes et de jour en position assise avec possibilité de faire des pauses. La comparaison du revenu sans invalidité de 72'930 fr. avec le revenu avec invalidité de 59'560 fr. laissait apparaître une perte de gain de 13'370 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 18 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Par courrier du 5 mars 2019 à l'OAI, la Dre T. _____ a indiqué ce qui suit :

« Le patient va recourir contre cette décision, inadéquate et ne tenant pas compte de l'état du patient et des poli pathologies, rendant toute activité inenvisageable, même à un faible pourcentage. De plus, le manque de reconnaissance et de validation de l'invalidité du patient par vos services n'a fait qu'aggraver un état dépressif secondaire déjà sévère.

Dans ces conditions, je ne puis que soutenir monsieur C. _____ dans sa décision de recours contre votre refus d'entrée en matière ».

B. Par acte du 25 mars 2019, C. _____, sous la plume de son représentant, a recouru à l'encontre de la décision du 22 février 2019, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office pour nouvelle décision.

Par réponse du 17 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité après le 1^{er} juin 2014.

3. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir fait preuve d'arbitraire en ne tenant pas compte de l'opinion de la Dre T. _____ qui a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dans toute activité après la date du 1^{er} juin 2014.

L'interdiction de l'arbitraire est ancrée à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101). Une décision est arbitraire selon la jurisprudence lorsqu'elle viole gravement une règle de droit ou un principe juridique clair et indiscuté, ou lorsqu'elle contredit d'une manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. Le Tribunal fédéral ne s'écarte de la solution retenue que si celle-ci est insoutenable, en contradiction manifeste avec la situation effective, si elle a été adoptée sans motif objectif ou en violation d'un droit certain. Il ne suffit pas que sa motivation soit insoutenable, encore faut-il qu'elle soit arbitraire dans son résultat (ATF 126 I 168 consid. 3).

En l'espèce, le simple fait que l'intimé n'ait pas suivi la Dre T. _____ lorsqu'elle a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré avait perduré ne suffit pas à considérer que la décision litigieuse soit entachée

d'arbitraire. Dans ces conditions, le grief d'atteinte au droit constitutionnel du recourant d'être protégé de l'arbitraire n'est pas fondé. Cela étant, il convient d'examiner le recours au fond.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la

suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

6. Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. a) Il est constant que, dès le mois de mars 2013, le recourant s'est trouvé atteint dans sa santé et ne disposait plus, jusqu'au 1^{er} juin 2014, de la moindre capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'Office intimé considère que dès cette date, ensuite d'une amélioration progressive de son état de santé, le recourant a retrouvé une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Le recourant conteste cette appréciation et affirme que sa capacité de travail serait toujours nulle, dans quelque activité que ce soit.

b) On constate que, jusqu'au mois de décembre 2015, l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant avaient conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2014 (cf. rapports des 28 janvier et 27 février 2014 de la Dre M.____ ; des 16 juin 2014 et 20 avril 2015 de la Dre T.____). Par courrier du 21 décembre 2015, la Dre T.____ a indiqué à l'OAI que la situation de l'assuré s'était dégradée. La médecin traitante a ensuite rédigé plusieurs rapports médicaux retenant une capacité de travail nulle, y compris dans une activité adaptée. A l'appui de cette nouvelle appréciation, elle a invoqué une gonarthrose bilatérale sévère avec gonalgie progressive, des lombosciatalgies bilatérales, à prédominance gauche, avec réalisation d'une IRM objectivant une nouvelle hernie avec fragment luxé à gauche en L4-L5, à l'origine d'une empreinte sur le fourreau dural et à l'origine de

conflit radiculaire, un syndrome d'apnée du sommeil de degré moyen, appareillé, un déficit vestibulo-cochléaire, sans possibilité thérapeutique, un status après fibrillation auriculaire, réduit sous traitement, ainsi qu'un état dépressif réactionnel à la situation médicale et aux problèmes asséurologiques et de trésorerie. L'OAI a alors interpellé les différents spécialistes suivant l'assuré. Le Dr Q. _____ a indiqué qu'il n'existait, sur le plan pneumologique, pas de limitations fonctionnelles (rapport du 20 septembre 2016). Le Dr E. _____ a dans un premier temps estimé que la capacité de travail était totale du point de vue cardiologique avant d'estimer qu'ensuite d'un infarctus myocardique, la capacité de travail s'élevait à 50 % dans une activité adaptée depuis le 31 décembre 2016 (rapports des 21 septembre 2016 et 10 octobre 2017). Le Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie a quant à lui indiqué, le 3 novembre 2016, que l'activité habituelle ne lui paraissait pas exigible, sans se déterminer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, la Dre H. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, (F32.2) existant depuis deux ans minimum et retenu une incapacité de travail totale, dans toute activité (rapport du 12 octobre 2017).

Au vu de ces différents éléments, l'OAI a décidé de la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. L'expertise du 31 juillet 2018 du W. _____ porte sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. Les Drs X. _____, F. _____ et R. _____ ont en effet réalisé un examen de l'assuré dans leurs domaines de spécialisation, avant de procéder à une évaluation globale de la situation (cf. consid.5b *supra*). Chacun des experts a résumé l'ensemble des éléments médicaux au dossier. Ils ont listé les plaintes de l'assuré et posé des conclusions claires en confrontant les affirmations de l'assuré avec leurs constatations objectives. Ils ont également étudié les traitements mis en place. Plus particulièrement, l'expert psychiatre a procédé à une analyse fine et détaillée de l'état de santé du recourant. Il a expliqué pour quelles raisons il retenait un diagnostic de troubles anxieux dépressifs mixtes à l'exclusion de tout autre diagnostic. Il a plus particulièrement indiqué les motifs l'ayant conduit à se distancier de l'appréciation de sa consœur, la Dre H. _____.

Le Dr F._____ a ainsi estimé que les symptômes de l'assuré ne permettraient pas de retenir d'organisation pathologique de la personnalité et que les symptomatologies anxieuse et dépressive étaient insuffisantes pour retenir un diagnostic spécifique dans ces groupes de pathologies. Les conditions pour retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas non plus réunies.

Les experts ont posé les diagnostics de maladie coronarienne monotrunculaire avec infarctus antéro-septal sur sub-occlusion de l'artère interventriculaire antérieure moyenne traité par angioplastie et un stent actif en [...] le 31 décembre 2016, de diabète de type 2 existant depuis 2013, de fibrillation auriculaire paroxystique cardioversée à deux reprises en 2015 par Amiodarone et par cardioversion électrique en octobre 2016, de lombalgie basse dans un contexte de lésions dégénératives L4 L5, L5-S1, de gonarthrose fémoro-tibiale médiale évoluée, fémoro-patellaire, ostéochochodromatose associée, de syndrome d'apnées du sommeil modéré avec composante positionnelle appareillée depuis 2015, de déficit vestibulo-cochléaire connu depuis 2007, appareillé depuis 2014, d'hypertension artérielle depuis de nombreuses années, d'obésité et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Ils ont retenu, comme limitations fonctionnelles : port de charges limité à 5 kg, éviter la position debout prolongée et les mouvements d'antéflexion du tronc ainsi que la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, pas de travail sur échafaudages ni d'utilisation des machines à risque, pas de conduite professionnelle, favoriser un travail avec horaires fixes et de jour en position assise avec possibilité de faire des pauses. Ils ont considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant ces limitations.

On constate que le recourant se contente de contester la décision de l'OAI en se fondant sur les avis de sa médecin traitante qui estime que la capacité de travail serait nulle dans toute activité. A cet égard, l'appréciation de la Dre T._____ doit être examinée avec retenue. En effet, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). En l'occurrence, la Dre T._____ n'invoque pas, dans ses rapports médicaux ou son envoi du 5 mars 2019, d'éléments factuels qui auraient été ignorés par les experts. Elle ne fait valoir aucun élément médical qui remettrait en question l'analyse des Drs X._____, F._____ et R._____.

c) Dans ces conditions, et au vu du travail fouillé des experts X._____, F._____ et R._____, dont les conclusions sont exemptes de contradiction et particulièrement bien motivées, il y a lieu de reconnaître à leur rapport d'expertise une pleine valeur probante.

8. Le recourant ne conteste pas le calcul de son degré d'invalidité pour la période postérieure au 1^{er} juin 2014. Contrôlé d'office, ce calcul ne prête pas le flanc à la critique.

De même, la durée du droit à la rente d'invalidité fixée par l'OAI est conforme au droit (art. 28 al. 1 let. b et c LAI et 88a al. 1 RAI). En effet, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de l'assuré n'a pas évolué de manière significative entre le 1^{er} juin 2014 et la date du rapport d'expertise. Les diagnostics de lombalgie et de gonarthrose constituent des pathologies présentes depuis de nombreuses années et n'entraînent pas de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déjà retenues dans la décision du 4 janvier 2016 (rapports de la Dre T._____ du 2 juillet 2013 et du 18 mars 2014 ; de la Dre M._____ des 28 janvier et 27 février 2014 ; des Drs M._____ et V._____ du 31 décembre 2013 ; du Dr J._____ du 28 avril 2014 ; du Dr K._____ du 21 mars 2016 ; du Dr L._____ du 24 mai 2016). Les diagnostics cardiologiques posés par le Dr X._____ ont conduit ce spécialiste à poser certaines limitations fonctionnelles telle qu'une limitation des efforts et des déplacements importants. Il n'a cependant pas retenu de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'évaluation du Dr E._____ - retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée - se fondait sur les mêmes éléments médicaux que le Dr X._____ et constitue à cet

égard une appréciation différente d'un même état de fait. Les diagnostics de diabète de type 2, d'obésité et d'hypertension artérielle ne sont pas invalidants. Enfin, le syndrome d'apnées du sommeil ainsi que de déficit vestibulo-cochléaire sont appareillés (rapport du 20 septembre 2016 du Dr Q. _____; communications des 18 novembre 2014 et 13 décembre 2017 de l'OAI).

9. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 22 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant C._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mathieu Parreaux (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :